

ANNÉE 1970

N°

29

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par Madame Claude DECRETON - GEORGES

née le 21 Novembre 1946 à BADEN-BADEN

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS DE TROIS CAS DE MÉRYCISME
CHEZ LE NOURRISSON

Président : Monsieur Clément LAUNAY, Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

LARIBOISIERE - SAINT-LOUIS

ANNEE 1970

N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

---:---

par Madame Claude DECRETON-GEORGES

née le 21 novembre 1946 à Baden-Baden

externe des hôpitaux de Paris

---:---

présentée et soutenue publiquement le

---:---

A PROPOS DE TROIS CAS DE MERYCISME

CHEZ LE NOURRISSON

---:---

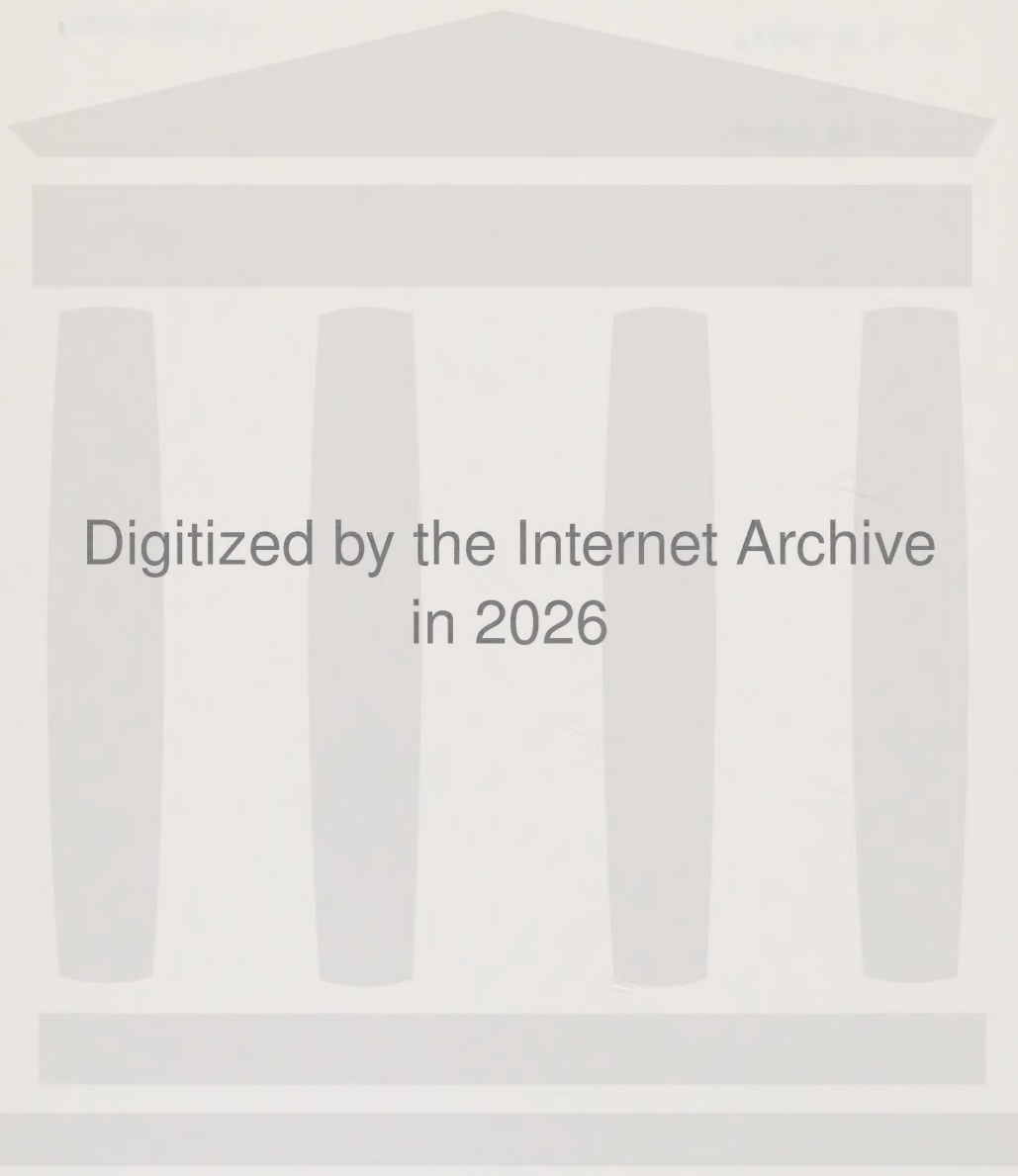
Président : Monsieur Clément LAUNAY, Professeur

A mon père décédé en 1952,

à ma mère,

à mon mari,

à ma soeur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550210_0008

A Monsieur le Professeur Clément LAUNAY,
Pédopsychiatre,

qui a suscité cette thèse,
en témoignage de mon respect.

REMERCIEMENTS

A mes maîtres d'externat,

Monsieur le Professeur HOUDART

Monsieur le Docteur DUFOURMENTEL

Monsieur le Professeur BARIETY

Monsieur le Docteur SCHWOE.

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Le mérycisme est aujourd'hui un syndrome relativement bien connu chez l'adulte et chez l'enfant. Sa première définition est descriptive ; il s'agit de la régurgitation totale ou partielle des aliments de l'estomac vers la bouche, suivie de leur remastication, les aliments étant ensuite réavalés ou recrachés.

Son éthymologie est grecque ; "Mèrukídzô" et "mèrukadzô" signifient mâcher en ruminant, ruminer. Les Anglo-Saxons en ont fait "merycasm" et merycism". Ces termes ne contiennent que l'action de ruminer "mèrukismos" laquelle vaut tant pour les ruminants que pour les mérycoles. Sans doute les premiers auteurs s'intéressant au mérycisme essayaient-ils de le comprendre par rapport à la rumination des bovidés. Outre leur rumination, physiologique chez les bovidés, mérycoles et ruminants ont en commun une certaine façon de ruminer : ce même isolement. L'animal qui rumine se retire du troupeau, le mérycole s'adonne seul au mérycisme et tous deux ont alors ce même air vague, cette immobilité, ce regard vide qui ne s'intéresse plus au monde extérieur.

BIBLIOGRAPHIE

Le mérycisme fut mentionné par Aristote, par Galien et par l'empereur byzantin Julien l'Apostat. Mais c'est un anatomiste italien Fabricius d'Aquapendente qui fit le premier une description chez l'adulte en 1618. En 1685 Peyer écrivit un ouvrage "Merycologia Basilae" traitant aussi du mérycisme chez l'adulte. A la fin du XIXème Siècle et au début du XXème il y eut de nombreux exposés européens et américains.

Aux U.S.A. alors que les gastro-entérologues ne s'intéressaient qu'aux cas adultes et à leur description séméiologique (Brackband en 1907 publiait 22 cas, Einhorn en 1930 16 cas), de nombreux pédiatres s'intéressaient aux nourrissons mérycoles.

Cameron en 1925 en donne de bonnes descriptions séparant les mérycoles des nourrissons vomisseurs. Il remarque chez ces bébés, nourris artificiellement, leur satisfaction et leur béatitude pendant la rumination tandis que son échec entraîne l'inquiétude, la possibilité de ruminer avec succès n'étant pas acquise tout d'un coup et ils remarquent que le nourrisson rumine toujours seul.

Cameron souligne aussi le risque vital couru par le nourrisson qui rejette plus ou moins de nourriture et de liquide.

Pendant ce temps en France des thèses et des publications décrivaient des mérycoles s'exhibant en foire : avaleur de grenouilles, homme jet d'eau, etc... Et les auteurs avec une certaine admiration pour la performance se refusaient à croire qu'elle fût pathologique : "c'est en somme un estomac idéal". Comme les gastro-entérologues américains ils distinguaient le mérycisme des régurgitations et des vomissements banaux, remarquant qu'ils survenaient "sans hoquet, sans nausée et sans aucun des efforts qui accompagnent d'ordinaire les vomissements" (Dr Paul Farez 1911).

En 1936, aux U.S.A., Kanner publia un historique complet du mérycisme.

En 1950 Dambassis (U.S.A.) tenta de réunir par un lien logique le mérycisme de l'enfant et celui de l'adulte. Il écrivait alors : "la tendance à la rumination est un phénomène universel chez l'enfant et sa persistance dans la vie indique la projection somatique des conflits psychiatriques de même que l'immaturation affective ou la régression".

.../.

Le phénomène important, c'est-à-dire l'éclairage nouveau du mérycisme du nourrisson par la psychiatrie commença aux Etats-Unis aux environs de 1955. De nombreux pédo-psychiatres américains s'intéressèrent aux aspects psychiatriques du mérycisme et la relation mère-enfant prit là pour eux toute son importance.

Et pendant qu'en France était étudié le mécanisme physio-pathologique du mérycisme, aux U.S.A. on étudiait sa genèse et son étiologie : l'origine affective du trouble.

Ainsi en 1955 le mérycisme du nourrisson est un trouble psycho-somatique, survenant pour Lourie après trois mois. Les enfants de ces mères immatures, très dépendantes, déprimées et très distantes de leur enfant sur le plan affectif, sont "obligés d'effectuer un retrait de personnalité hors de l'intérêt envers autrui et hors du monde extérieur pour ne s'intéresser qu'à eux à cause des conditions extérieures frustrantes". Lourie constate une réponse positive à un bon stimulus maternel.

En 1958, Richmond après avoir remarqué la diminution de fréquence du mérycisme qu'il attribue à l'amélioration des conditions sociales et économiques, présente quatre cas de mérycisme. Il résume ces quatre observations des enfants et de leurs mères dans un tableau récapitulatif.

Il décrit chez chacun de ces bébés pendant l'acte méryciste une suspension de toute activité motrice. L'enfant seul, non stimulé par l'environnement est amorphe. Mais au contraire, en dehors de ces périodes, ces bébés sont avides et leur regard traduit cette avidité de stimulation affective, tel un radar ("radar-like").

Les quatre nourrissons, tous des garçons, étaient âgés au début du mérycisme de trois mois et demi à huit mois. Richmond retrouve chez chacun d'eux des manifestations autistiques (jeux fécaux, sexuels, tripotage des cheveux, balancement, roulement de la tête...).

Et chez leurs mères Richmond souligne une immaturité affective parfois criante, le manque affectif de leur enfance, et le conflit conjugal de leur foyer. Deux des quatre mères sont obsessionnelles.

Pour Richmond, la nourriture est le premier plaisir du nourrisson qui grâce à l'acte méryciste peut recréer ce plaisir, en même temps qu'il retrouve d'autres formes de manipulation corporelle. Aux environs de six mois, la maturation de la fonction visuelle doit permettre une gratification suffisante donnée par la mère. Sinon l'enfant cherche une compensation en lui-même.

Le traitement est donc la séparation mère-enfant et pour l'enfant une remplaçante maternelle chaleureuse. Il faut aussi envisager une psychothérapie de soutien de la mère.

Pour Brask en 1958 le mérycisme est un symptôme psychologique appartenant au groupe des activités motrices répétitives comme le balancement et le roulement. Ainsi que la masturbation, la rumination est une manifestation auto-érotique.

Stein en 1959 rapporte le cas d'un garçon de huit mois ayant commencé son mérycisme à six mois ; il met surtout l'accent sur la nécessité d'une psychothérapie de la mère effectuée avec succès dans ce cas.

Gaddini en Italie définit en 1959 le mérycisme comme "un syndrome complexe psycho-somatique de défense, survenant dans un climat de privation marquée". Gaddini rapproche ainsi le mérycisme de la dépression anaclitique de Spitz où il y a perte réelle de la mère. Dans chacun de ses cas, le mérycisme s'installe entre le troisième et le huitième mois, après des vomissements. En 1963 Fullerton aux U.S.A. souligne à son tour la nature psycho-somatique du mérycisme. Il présente un cas "pour développer les nuances de la relation mère-enfant et son influence sur le développement du Moi corporel et sur le fonctionnement somatique". Il présente l'observation d'un nourrisson adopté fils adultérin d'une amie de la mère adoptante.

Celui-ci crache depuis la naissance et les régurgitations sont plus fréquentes depuis l'âge de cinq mois et demi.

Pour Fullerton, pendant les six premiers mois de la vie, s'il existe une symbiose mère-enfant satisfaisante et chaleureuse pour les deux, l'enfant reçoit une stimulation adaptée et un approvisionnement affectif pour continuer son développement psychologique et sa maturation physique. Six mois est le moment critique où la fonction visuelle est mature et c'est seulement à partir de ces six mois qu'il existe de véritables signes dépressifs. Fullerton souligne l'importance primordiale des processus gastro-intestinaux dans le développement de l'enfant comme un véritable mode d'expression.

En France, pendant ce temps, les gastro-entérologues étudiaient le mécanisme physio-pathologique du mérycisme grâce au radio-cinéma. La contraction abdomino-diaphragmatique et l'inspiration glotte fermée survenant simultanément et toujours d'une certaine et même façon, permettent le passage à travers le hiatus oesophagien d'une partie de l'estomac qui se contracte brutalement expulsant son contenu.

H. Monge, A. Monge et Coignet présentent en 1959 le cas d'un étudiant mérycole dont le jumeau est aussi mérycole. Cet étudiant ruminait par plaisir et pensait que tout le monde le pouvait.

Le second cas présenté en 1960 par H. Monge, A. Monge et Legré est un garçon de dix ans qui pratique le mérycisme comme un jeu et une performance curieuse pour se faire remarquer de ses camarades.

Selon ces mêmes auteurs, outre le plaisir (auto-érotique) et la performance pour attirer l'intérêt d'autrui, on peut aussi devenir mérycole pour soulager une sensation de plénitude gastrique (en 1965 Legré et Salducci en présentent un cas chez un mérycole de soixante ans).

.../.

Et pour ces mêmes gastro-entérologues le mérycisme "n'est ni un signe de dégénérescence ni de perversion".

Enfin ils distinguent le petit du grand mérycisme (où la régurgitation volontaire est toujours possible).

De leur côté les pédo-psychiatres français s'intéressent aux aspects psychiatriques du mérycisme du nourrisson.

En 1964 Mme AUBRY, dans les archives françaises de pédiatrie, souligne que les Américains ont mis l'accent sur l'importance de la relation mère-enfant sans expliquer la spécificité du trouble ni le choix du symptôme parmi toutes les difficultés alimentaires de l'enfant.

Elle remarque qu'en institution, les mérycoles sont aussi bien des filles que des garçons, alors qu'à son foyer le mérycole est un garçon qui débute son symptôme de six à huit mois.

A partir d'un cas chez un nourrisson, Mme Aubry explique la rumination associée à la succion du pouce comme un besoin qui compense un manque (d'où pour le nourrisson des possibilités de succion : tétines peu percées, aliments à sa portée).

Elle rapporte à partir de l'expérience d'un adulte délirant (délire centré sur sa mère) l'impression de vacuité que ce dernier ressent, d'où sa boulimie. La mère du nourrisson retrouve devant le mérycisme de celui-ci une angoisse de mort profonde entraînant la réapparition de sentiments anciens refoulés, désir d'être un homme, désir de castration.

Dans l'observation d'un second cas, Mme Aubry insiste sur le propre manque affectif de la mère et explique le mérycisme comme une "déviation de l'instinct oral lié au manque de la mère qui n'a pu dans les relations avec son père, vivre, intégrer et dépasser la situation oedipienne".

Dans les deux cas, une psychologue s'est occupée en particulier de l'enfant.

En 1965, Soulé dans la Revue Française de Psychanalyse, parle aussi du mérycisme comme résultant d'une "déprivation particulière maternelle qualitative" survenant au moment des premières relations objectales. Le mérycisme est pour cet auteur une "protorégression narcissique auto-érotique". D'autre part, le mérycisme survient avant la maîtrise de la motricité relationnelle qui apporte la possibilité d'échapper à la passivité. La comparaison avec le premier jeu de la bobine, le bol alimentaire apparaissant et disparaissant, se heurte au fait qu'il s'agit d'un domaine oral et d'un objet partiel. Pour Soulé, le mérycisme réalise deux plaisirs .

Un plaisir oral : présence du bol alimentaire dans la bouche d'une part, d'autre part, fonctionnement de la bouche, de la déglutition.

Et un plaisir musculaire par un mécanisme complexe qui ici capte tout autre investissement.

Soulé insiste sur les conditions anormales de ce surinvestissement. Il souligne aussi la distorsion du Moi dans la découverte puis dans l'apprentissage d'un mécanisme moteur complexe sous l'emprise de la nécessité frustrante, une frustration trop forte entraînant une altération fonctionnelle.

Kreisler, pédo-psychiatre français, rappelle en 1966 dans la revue de Stomatologie, à propos d'un cas de mérycisme chez un garçon de huit ans survenant au départ de sa mère et remplaçant le précédent symptôme (un suçage grave du pouce -, ce qu'est le mérycisme chez le nourrisson. Il s'agit pour Kreisler d'un plaisir auto-érotique concernant la fonction alimentaire, d'une activité fonctionnelle anormale, compulsive, et répétitive avec satisfaction de nature orale.

Kreisler insiste sur la conséquence psychologique grave du mérycisme, la régression. Ainsi le détachement de soi-même avec l'attachement progressif à la mère est-il un élément fondamental du développement affectif normal à cet âge.

.../.

En 1967, dans les Journées Parisiennes de Pédiatrie, Kreisler insiste à nouveau sur l'aspect de régression dans le mérycisme "cette praxie aberrante organisée dans une situation conflictuelle".

D'autre part, chez le mérycole, le système de défense à cause de la coupure dans la relation avec la mère, est débordé et à la longue ne peut empêcher la dépression. Kreisler souligne le fait que déjà à cet âge existent la tendance à la répétition du symptôme et des mécanismes de défense (repliement, régression, développement prématuré de certaines fonctions mentales).

Surtout, Kreisler comprend la relation mère-enfant comme une "véritable fonction dont nous commençons à entrevoir la nature et l'infinie complexité".

TROIS CAS DE MERYCISME

PREMIER CAS

Emmanuel M..., fils unique d'une mère célibataire de dix neuf ans naît prématuré de huit mois trois quarts le deux mars 1967. Né étonné, il crie quelques secondes après sa naissance mais non cyanosé, il n'a pas besoin d'être réanimé. Il pèse 3.950 grammes.

Sa mère l'allaita au sein huit jours et pendant un mois il a un allaitement mixte puis six biberons de lait Alité.

Après sa naissance, Mme M... va au Vésinet dans une maison de repos pour mères célibataires. Elle est alors très seule. Elle n'a plus de contacts avec le père d'Emmanuel qui a refusé le mariage ; après une lettre de rupture ils ne se sont plus revus. Quant à ses parents, ils n'ont pas accepté sa grossesse et refusent de voir l'enfant.

Mme M..., après avoir elle-même refusé sa grossesse jusqu'à son septième mois, à la naissance d'Emmanuel ressent son fils comme un petit être lui appartenant, elle dira plus tard ; "il était à moi, rien qu'à moi, pas au père".

A partir du 16 avril 1967, Emmanuel a un mois et demi, Mme M... va habiter avec son enfant dans un Hôtel Maternel à Paris et reprend son travail. Elle est employée de bureau dans une maison de statistiques. Dès l'âge de deux mois, Emmanuel suce son pouce et dès le 2 juin 1967, il a trois mois, le médecin de l'Hôtel Maternel note qu'il recrache souvent.

Du 1er au 15 août la mère et l'enfant partent en vacances chez la soeur aînée de la mère près de Paris. Les grands-parents maternels acceptent d'aller voir leur petit-fils. là-bas. D'après Mme M..., elle-même plus détendue pendant ces vacances, Emmanuel est un "enfant calme, heureux, sans problème particulier" alors qu'il lui semblait être un "bébé assez triste".

.../.

Au retour de ces vacances, Mme M... note chez Emmanuel qui a alors six mois une modification de son comportement et remarque que ses régurgitations sont particulières. L'enfant régurgite mais garde une partie des aliments dans sa bouche, il se met alors à sucer son pouce et ravale une partie des aliments. Le phénomène est insensible à tous les traitements épaississants et antispasmodiques prescrits. La mère s'inquiète, devient nerveuse et moins affectueuse à l'égard de son enfant en raison du surcroît de travail qu'il lui donne.

La mère décrit son enfant comme assez triste et rapporte ainsi son emploi du temps à l'Hôtel Maternel.

Le matin, elle donne la bouillie à l'enfant, le change puis le recouche. Elle se prépare alors elle-même pour partir travailler, mais pendant ce temps l'enfant vomit un peu. Elle quitte l'enfant à huit heures, il reste dans la chambre dans son lit (un lit-parc) jusqu'à 9 h 30.

De 9 h 30 à 11 heures, les enfants sont pris en charge par des puéricultrices, la même s'occupe de lui chaque jour (une puéricultrice pour quatre enfants environ).

Après le déjeuner, les enfants sont recouchés dans leur chambre jusqu'à 15 heures.

De 15 heures à 17 h 30, les enfants sont levés et participent à des jeux collectifs. L'enfant est remis au lit à 17 h 30 jusqu'à ce que sa mère vienne le retrouver à 18 h 30. A ce moment-là, il est toujours "dans le vomi". Il vomit même quand elle le prend sur ses genoux. Elle s'en occupe pendant trois quarts d'heure environ (dîner, bain, coucher).

Mme M... pense que l'enfant peut rester seul dans sa chambre sans que personne ne vienne le voir pendant une heure et demie.

.../.

Sur l'observation d'Emmanuel à l'Hôtel Maternel on note le 19.9.67 qu'il continue à régurgiter facilement, le 4.10.67 qu'il a vomi deux fois, le 9.10.67 qu'il régurgite.

Pendant ce temps, Emmanuel a aussi des diarrhées, des rhinopharyngites et des bronchites fréquentes. Par ailleurs, c'est un enfant qui a très bon appétit, mange sans difficulté et n'a pas de trouble du sommeil.

Le médecin de l'Hôtel Maternel, le Dr Michon, qui est aussi chef de service d'un service de Pédiatrie de l'Hôpital Saint-Michel, y fait hospitaliser Emmanuel le 23 octobre 1967 pendant quinze jours.

Le radiocinéma oeso-gastro-duodénal ne montre aucune malformation. Il sort avec 3 x 1/2 cuillère à café par jour de Melleril le 6 novembre 1967 et dès la sortie il continue à régurgiter.

Il a huit mois et demi, se tient assis seul et à l'Hôtel Maternel on remarque qu'il boit très mal.

Il est réhospitalisé le 16 novembre 1967 et le diagnostic de mérycisme est évoqué. On lui donne alors comme traitement XII gouttes par jour de Melleril et IV gouttes par jour de Largactil. Il sort le 1er décembre 1967. Il a neuf mois et marche à quatre pattes.

Pendant les quinze premiers jours de janvier, Mme M... qui trouve Emmanuel encore réveillé vers 20 h 30 joue avec lui pendant une heure, une heure et demie environ. Pendant ce temps, il semble heureux et ne crache pas. Le 16 janvier on note à l'Hôtel Maternel qu'Emmanuel crache plutôt un peu moins et est plus souriant.

Mais depuis l'âge de neuf mois, sa courbe de poids est stationnaire bien qu'il ne présente pas de diarrhée et le 19.1.68 il est hospitalisé sur la demande du Dr Michon dans le service du Pr Clément Launay à l'Hôpital Hérold.

.../.

Emmanuel a alors dix mois et demi. Il reste un mois dans le pavillon de Pédiatrie qui reçoit un enfant un peu hypotrophique de 7.950 grammes pour 72 cm et qui présente une dyspnée ainsi qu'une otite qui nécessite avec un traitement antibiotique une paracentèse droite.

Le développement psycho-moteur de l'enfant semble normal : le tonus est bon, l'enfant joue avec plusieurs cubes, les porte à sa bouche, change de main, prononce des sons incompréhensibles.

Emmanuel est très souvent "dans le vomi", c'est un bébé maigrichon, renfrogné, qui sent mauvais et ne semble pas s'attacher aux personnes ni reconnaître les visages. Aussi les infirmières n'ont-elles pas très envie spontanément de s'occuper de ce bébé.

Le mérycisme est très probable : l'enfant régurgite souvent quand il est seul, après les repas, allongé dans son lit lorsqu'il commence à s'assoupir. Le matin il régurgite dans son lit quand il n'est pas endormi, avec le doigt dans la bouche pour se faire régurgiter.

Mais aux heures où le matin une infirmière s'occupe spécialement de lui, l'enfant ne régurgite jamais : il est très gai, souriant, joue, et il pleure lorsque l'infirmière le quitte.

Le matin du changement d'équipe des infirmières, Emmanuel vomit beaucoup.

Un après-midi on lui donne des biscuits à sa portée. Jusqu'au repas suivant tout se passe bien : il ne cesse de les manger, mais après le repas, dès qu'il n'a plus rien à manger, les vomissements reprennent.

Comme on remarque que l'enfant semble provoquer son vomissement en mettant son doigt (l'index droit) dans sa bouche, on tente une manoeuvre de contention. L'attache du bras droit qui l'empêche de porter ses doigts dans sa bouche, évite tout vomissement et tout rejet pendant le temps où il est attaché (une heure).

.../.

Lors des visites de la mère l'enfant lui tend les bras mais sur ses genoux, la boude un peu, et commence à geindre, puis cesse de geindre. La mère semble peu à l'aise, tendue, avec son enfant, ses gestes sont raides.

Le radio-cinéma (Dr Fauré chef de service du Service de Radiologie d'Hérouville) le 12.2.68 affirme le mérycisme.

Toute la première partie de l'examen se déroule normalement. L'enfant est fixé sur la roue d'Aimé (dispositif de contention sur lequel il est totalement immobilisé).

Déglutition oesophagienne, Kinésie gastrique, évacuation pylorique sont normales. Aucune anomalies morphologiques de l'estomac, de l'oesophage ni du duodénum n'ont été observées. La recherche attentive du reflux gastro-oesophagien a été négative malgré la mise en oeuvre des moyens adjuvants habituels.

L'enfant ensuite a été délivré, laissé sur la table radiologique ; on lui a donné un jouet et on l'a laissé faire tout en surveillant son estomac et son oesophage en radioscopie.

On a pu constater à partir de ce moment que de temps à autre le cardia s'entr'ouvrait et que surtout cette ouverture du cardia s'accompagnait d'une contraction active du diaphragme et de la partie supérieure de l'estomac entraînant un vomissement actif ; ce vomissement d'ailleurs n'aboutissait pas à un rejet du contenu gastrique ; l'enfant le garde alors dans sa bouche et le redéglutit par la suite. Il s'agit typiquement d'un mérycisme conclut le Dr Fauré qui précise que les images ont été enregistrées en magnétoscopie.

Le 19 février 1969, Emmanuel est admis dans une salle du pavillon de Pédopsychiatrie où prédominent des cas pédiatriques de six mois à cinq-six ans environ.

Une infirmière très chaleureuse envers "les tout-petits" et très maternelle s'occupe d'Emmanuel en particulier. Elle prend contact avec un bébé de onze mois et demi qui "ne sait pas jouer", dit-elle, peu vivant, peu souriant, coléreux, violent, qui se jette par terre, se cogne la tête quand il n'a pas ce qu'il désire, avide de nourriture et qui très vite, en même temps qu'il la reconnaît ainsi que les autres personnes qui viennent le voir et jouent avec lui, réclame sa présence, témoigne d'une grande quête affective, la dévore des yeux, devient un enfant vif et actif.

Il crie, pleurniche à son départ, régurgite ensuite.

Un test psychologique (Brunet-Lézine) est pratiqué le lendemain de son arrivée dans cette salle. Pour un âge réel de onze mois dix neuf jours, son niveau de développement psycho-moteur est sensiblement de neuf mois et demi. Mais Emmanuel n'est pas intéressé par les épreuves que lui propose la psychologue, il préfère regarder les visages humains plutôt que les jouets, ce qui explique en partie les échecs aux épreuves de dix mois. La psychologue conclut à un léger retard psycho-moteur chez cet enfant calme et souriant.

Lors des visites de sa mère, Emmanuel est assez indifférent et peu affectueux. Cependant il régurgite moins. En raison de cette amélioration, on demande à Mme M... de venir lui faire prendre ses repas.

D'abord Emmanuel pleure, refuse de manger avec elle, il semble toujours assez indifférent, toutefois il pleure un peu quand elle s'en va et progressivement semble plus heureux de sa présence.

Parallèlement, Emmanuel est plus éveillé, plus souriant, moins capricieux. Il rejette moins et prend du poids (fin mars : 9.300 grammes). Avec les autres enfants de la salle, Emmanuel est agressif, leur tire les cheveux, les tape. Le 18 avril 1968 on note que les régurgitations ont pratiquement disparu sauf de temps à autre où elles surviennent sans cause apparente.

.../.

LA MERE

Dès l'entrée de son fils dans le service, Mme M...est venue régulièrement voir les médecins qui s'occupent d'Emmanuel et en particulier l'interne de la salle a eu plusieurs entretiens avec elle.

Mme M... parle assez volontiers, avec un bon contact. Désespérée, elle a une importante demande de soutien.

Fille d'un notaire de la Sarthe, la mère au foyer ne travaillant pas au dehors, elle est la benjamine d'une fratrie de cinq enfants.

Actuellement, deux soeurs aînées sont mariées avec des enfants, un frère de vingt quatre ans célibataire et une petite soeur de douze ans vivent chez les parents.

L'enfance de Mme M... a été marquée par les fréquentes disputes de ses parents "je les ai toujours vus se disputer : je commence à réfléchir".

Sa propre mère était inaffective, froide et souvent indifférente à l'égard de ses enfants. Elle a toujours été très attachée à son père, d'un caractère très calme, qu'elle admire : "c'est un homme très bien".

Le couple s'entendait si mal qu'il s'est désuni (Mme M...avait alors quatorze ans) pendant trois ans.

Elle allait voir alternativement son père et sa mère et souffrait beaucoup de cette cassure du foyer : "Emmanuel ne connaîtra pas ça".

Mme M...à la suite d'une dispute avec son père, quitta la maison pour aller à Paris et lorsqu'elle parle de cette dispute et de ses liens avec son père c'est dans une relation très proche et très culpabilisée. Son père lui téléphona d'ailleurs aussitôt après son arrivée et garda le contact avec elle.

Ayant obtenu son B.E.P.C., elle s'inscrit à Paris pour suivre les cours d'une Ecole d'Optique en vue d'obtenir un B.T.S. mais cette première année fut interrompue par une greffe vertébrale (pour malformation vertébrale) Mme M...ajoute, rendant responsable sa grossesse, que celle-ci l'a empêchée de poursuivre ses études.

Alors qu'elle fréquentait un jeune homme depuis un an et que tous deux faisaient des projets de mariage, Mme M...s'aperçoit qu'elle est enceinte pendant les vacances 1966. Au début, elle est peu inquiète car le père devait accepter le mariage, mais il lui envoie une lettre de rupture : " je ne sais pas si je suis le père : je veux réfléchir" lettre à laquelle elle ne répond pas et elle reste sans nouvelles de lui. Ses parents n'acceptent pas la grossesse et refusent de s'intéresser à l'enfant. Sa mère lui conseille de placer l'enfant en nourrice après la naissance. Personne dans le village n'est au courant et la petite soeur ne sait rien.

Après la naissance d'Emmanuel, ses parents acceptent de la recevoir mais sans l'enfant, le village ni la petite soeur n'étant toujours pas au courant.

Cependant son père vient la voir ainsi qu'Emmanuel à Paris, à l'insu de sa femme.

La soeur aînée la reçoit chez elle avec Emmanuel pendant quinze jours en août 1967 et c'est là-bas que les parents de Mme M...acceptent d'aller voir leur petit-fils. Ces quinze jours de vacances correspondent à une période de détente, de réconciliation avec l'entourage, pendant laquelle Mme M...est en partie déchargée par sa soeur de son rôle de mère et "tout va bien".

.../.

Dès son retour à Paris, elle se retrouve seule avec Emmanuel à la fois désespérée et démunie, ne sachant pas comment assumer son rôle de mère. Très jeune, sans aspirations maternelles conscientes ce bébé la gêne et elle ne peut exprimer cette agressivité à l'égard de son enfant, agressivité qu'elle exprime à l'égard des hommes : "je ne me marierai jamais, sinon pour prendre un père pour Emmanuel".

Elle garde vis à vis de son enfant une certaine distance et s'acquitte des gestes quotidiens mécaniquement, sans chaleur. D'autant plus qu'Emmanuel ne lui apporte pas beaucoup de satisfactions. Il est souvent malade, grognon, coléreux et opposant. Il a souvent un air buté ou bien il est triste, peu vivant.

Il aurait souri pour la première fois à trois mois et demi. Quand il est souriant, elle ne comprend pas pourquoi et n'en profite pas pour établir un contact étroit en particulier physique avec lui (il faut que l'infirmière qui est chargée d'Emmanuel lui montre comment s'occuper de son bébé)

RESUME

C'est dans ce climat qu'Emmanuel grandit. Dès deux mois et demi il recrache et vomit. C'est vers six mois qu'apparaît un mérycisme. Emmanuel ne renonce à celui-ci que lorsqu'un substitut maternel s'occupe de lui de façon chaleureuse.

Il renonce facilement à ce plaisir et fait alors des progrès dans les acquisitions motrices (plus éveillé, il réussit les activités d'un an). Mais on peut se demander si les résultats obtenus seront durables après sa sortie de l'hôpital le 20 avril 1968

.../.

EVOLUTION

Emmanuel est revu régulièrement, amené par sa mère, à la consultation d'un pédiatre du service.

Il régurgite de moins en moins, jusqu'à ne plus régurgiter du tout, prend du poids. Mais c'est un bébé agité, ce qui nécessite la prescription de calmants, très actif, opposant et agressif. A deux ans quatre mois, Emmanuel qui comprend très bien, n'a pas de langage parlé et ne dit même pas "Maman".

Des douleurs dorsales ayant repris, Mme M...a dû le placer chez une nourrice, d'abord cinq jours par semaine puis à la campagne et elle va alors le voir sur place le dimanche. Elle supporte très mal de se séparer de son fils et chaque départ d'Emmanuel est suivi de la reprise ou de l'accentuation des douleurs.

Avec elle Emmanuel est très agité et il est évident qu'une relation mère-enfant gratifiante et sécurisante n'a pas vraiment réussi à s'établir et qu'elle est pour l'un et l'autre très anxiogène.

DEUXIEME CAS

Jean-Philippe F..., deuxième garçon d'une mère célibataire de vingt quatre ans, naît à terme le trois avril 1968. Chacun des deux garçons est d'un père différent et les deux fois la grossesse a entraîné l'abandon de l'homme.

Pendant l'accouchement le travail a été long (dix heures), le cri immédiat. L'enfant pèse 3.840 grammes.

Il n'est pas allaité au sein mais est mis à six biberons par jour de lait Guigoz.

Dès la naissance (des radios ont été pratiquées et n'ont rien montré) surviennent des vomissements liquides d'aliments digérés débutant un quart d'heure à une demi-heure après les repas.

Vers deux mois, Jean-Philippe offre son premier sourire à sa mère. C'est à cette époque qu'elle reprend son travail d'agent de service à l'Education Nationale.

Mme F...vit seule avec ses deux garçons dans un appartement de trois pièces dans le grand ensemble de Sarcelles. Elle met Jean-Philippe chez une nourrice pendant la journée. La nourrice a deux enfants à elle de trois ans (l'âge du demi-frère de Jean-Philippe) et neuf mois. Elle semble bien s'occuper du bébé. Quand elle le reprend, Mme F... laisse souvent le bébé seul car elle pense des enfants qu'"il ne faut pas trop s'en occuper car ils deviennent trop exigeants".

Les vomissements continuent.

Pourtant durant une hospitalisation en juillet 1968 pendant huit jours à l'Hôpital de Gonesse pour une virose intestinale, Jean-Philippe a trois mois, il n'aurait pas vomi grâce à un traitement d'atropine en gouttes.

.../.

D'autre part, Jean-Philippe est souvent malade, il a des bronchites fréquentes, c'est un bébé hypotrophique chez lequel a été décelée une anémie hypochrome.

Il est hospitalisé dans le service du Pr Clément Launay le 30 décembre 1968, il a presque neuf mois, pour une perte de connaissance.

Jean-Philippe depuis quelques jours avait une otite, avec une fièvre à 39° et la mère raconte que dans son lit il a perdu connaissance durant quelques minutes, ses yeux se sont brusquement réversés, ses extrémités étaient froides, il n'y a pas eu de convulsions ni perte des urines. La mère a fait venir un médecin qui a demandé l'hospitalisation et l'a adressé à l'Hôpital Hérold pour "accès de pâleur chez un nourrisson vomisseur hypotrophique".

La mère ne peut donner que très peu de renseignements sur son développement psycho-moteur. A son entrée Jean-Philippe est un bébé dénutri, apathique qui ne semble s'intéresser à rien. Les examens somatiques pratiqués sont normaux, en particulier l'E.E.G. et un transit oeso-gastro-duodénal.

Le 12.1.69 Jean-Philippe fait à nouveau un épisode de perte de connaissance sans convulsions.

L'enfant vomit chaque jour et plusieurs fois par jour mais on s'aperçoit rapidement qu'il s'agit de régurgitations mérycistes.

On prescrit XV gouttes de Melleril par jour qu'on remplace au bout d'un mois par VI gouttes de Largactil et Jean-Philippe est confié à une infirmière particulièrement chaleureuse.

Rapidement, parallèlement à la diminution du mérycisme, il fait des progrès spectaculaires sur le plan psycho-moteur. Le 27 janvier 1969, il se tient assis seul alors qu'il régurgite quotidiennement mais en moins grande quantité et moins souvent.

.../.

Après chacune des visites de sa mère, l'enfant vomit beaucoup plus que les jours précédents.

Sur le plan somatique, après un examen du pharynx, l'O.R.L. conclut le 19 février 1969 à un trouble de la coordination des différents temps de la déglutition et on demande un radio-cinéma.

Le 3 mars 1969 celui-ci est pratiqué. La déglutition pharyngo-oesophagienne est normale. La recherche du reflux gastro-oesophagien est négative tant qu'on a voulu le rechercher activement chez cet enfant. On a ensuite laissé l'enfant sur la table radiologique, libre de ses mouvements. Dès lors on a constaté à intervalles plus ou moins réguliers, des régurgitations gastro-oesophagiennes que l'enfant prépare par des mouvements particuliers. Le Dr Fauré conclut à l'existence d'un mérycisme.

Celui-ci est progressivement abandonné par Jean-Philippe qui mange très bien et ne régurgite pratiquement plus. L'infirmière qui s'occupe de lui essaie d'intéresser Mme F... à son enfant et noue une bonne relation avec elle.

Et une semaine avant la sortie de Jean-Philippe, fin mai 1969, elle accepte de venir lui donner à manger.

LA MERE :

La mère de Jean-Philippe s'est présentée à l'entrée de celui-ci dans le service, comme une femme froide, peu affectueuse et très distante avec son fils. Elle est apparue d'emblée rejetante à son égard et en fait très culpabilisée. Elle apparaît très passive, triste mais résignée, comme si rien n'avait vraiment d'importance.

.../.

Lors des entretiens avec elle le problème est situé d'emblée ; Jean-Philippe n'était pas désiré, son ami l'a quittée quand il l'a vue enceinte. Elle a déjà un fils de quatre ans, Marc, et la même histoire s'est déjà produite.

Elle a toujours été en conflit avec son père qui l'a rejetée au moment de la première grossesse. Sa mère ne s'est jamais beaucoup occupée d'elle. L'agressivité à l'égard de l'homme qui paraît importante, est culpabilisée et elle annule par un comportement très défensif tout ce qui pourrait lui permettre de l'exprimer. Elle parle à propos des deux abandons successifs de l'homme d'une "blessure pour son amour-propre" et ajoute "mais ça n'en vaut pas la peine".

A l'égard de Jean-Philippe, le rejet est très important et à fleur de conscience. Elle se sent mise en cause à travers lui et malgré son besoin de soutien, elle fuit la proposition d'aide du médecin par des entretiens réguliers avec elle.

Il apparaît clairement que sans être pathologique au sens psychiatrique du terme, elle assume néanmoins très mal des problèmes et que l'avenir est surtout dans la qualité de la relation qui va pouvoir s'établir entre la mère et l'enfant.

D'autre part il faut à Jean-Philippe une nourrice chaleureuse qui pourra s'occuper de lui et établir une relation satisfaisante avec sa mère.

EVOLUTION

Si les médecins n'ont pas réussi à établir une relation psychothérapique ni de confiance avec Mme F..; celle-ci est restée en bons termes avec l'infirmière qui s'occupait de son fils.

Il semble bien qu'en même temps qu'elle retrouvait un beau bébé éveillé et souriant elle a pu établir avec lui une relation chaleureuse et détendue. Elle a envoyé une lettre remerciant le personnel de la salle et traduisant sa joie d'être mère, en y joignant une photo de ses deux enfants, épanouis, jouant sur la pelouse.

TROISIEME CAS

Stéphane L..., cadet d'une fratrie de quatre naît à terme le deux décembre 1968.

Sa mère a vingt quatre ans : mariée depuis cinq ans, c'est sa sixième grossesse. Celle-ci, non désirée, a été mal supportée : elle a du rester trois mois couchée et avoir un traitement progestatif à cause d'hémorragies fréquentes. Pendant toute la durée de cette grossesse, Mme L...était déprimée nerveuse, très irritable.

Le travail a été long (douze heures), pénible.

Stéphane est allaité au sein pendant un mois et demi.

A partir du passage à l'allaitement artificiel, il rejette un peu de biberon à chaque repas.

Son premier sourire à lieu d'après la mère à deux mois et demi.

En mars 1969, Stéphane a alors trois mois, un évènement bouleverse la vie familiale ; son frère Bruno qui a quatre ans doit être hospitalisé pour une méningite cérébro-spinale avec convulsions et coma de plusieurs jours.

Stéphane est hospitalisé quelques jours par prudence.

Mme L...est très inquiète d'autant plus qu'on remarque rapidement chez Bruno une surdité quasi-totale, appareillée dès mai 1969. N'ayant personne pour garder les autres enfants, elle est obligée de laisser Bruno six mois à l'Hôpital.

Lorsqu'il sort en septembre 1969, sa mère doit l'accompagner en rééducation deux fois par semaine et elle laisse Stéphane ces deux journées chez une nourrice.

Stéphane a neuf mois, il pèse 9.000 grammes et commence à marcher mais ses vomissements s'aggravent.

.../.

C'est à ce moment-là que la mère remarque la rumination. Il mange normalement avec appétit et vomit ensuite chaque repas presque en totalité par petites quantités. Jusqu'au repas suivant, il garde dans la bouche des petites bouchées qu'il mâche et la mère constate qu'il rumine presque toute la journée.

Il provoque parfois ses vomissements en mettant ses doigts dans sa bouche. Elle s'aperçoit en même temps qu'il y a "quelque chose de bizarre" entre l'enfant et elle "comme s'il lui en voulait". Elle est aussitôt très inquiète et désespérée devant cette attitude. "Ce qu'il fait n'est pas gentil", pourtant elle s'en occupe plus que des autres, dit-elle, elle se lève chaque nuit pour voir s'il n'a pas vomi.

Elle le décrit comme un enfant très remuant, gai, souriant, qui va avec n'importe qui ce qu'elle supporte très mal. En fait, il devient très vite triste et apathique. Stéphane maigrit de façon inquiétante et il est hospitalisé dans le service de Pédiatrie de l'Hôpital de Pontoise du 7.IO.69 au 2I.IO.69.

Il y est réhospitalisé du 29.IO.69 au 2I.II.69 toujours pour vomissements et le diagnostic de mérycisme est alors évoqué. Il doit être perfusé pendant deux jours pour déshydratation aiguë avec pli cutané et perte de 600 grammes.

On décide son passage à l'Hôpital Hérold dans le service de Pédopsychiatrie du Pr Clément Launay.

Il y entre le vingt et un novembre 1969.

Il a onze mois et demi et pèse 7325 grammes. L'examen somatique ne montre rien en dehors d'une hypotrophie harmonieuse.

.../.

On est frappé par son apathie et son indifférence à l'égard de tout ce qui l'entoure, objet ou visage. En observant son comportement les premiers jours qui suivent son arrivée, on constate qu'il commence à rejeter la nourriture et à ruminer environ vingt minutes après les repas. Il ne se fait pas vomir mais rejette par exemple sa bouillie le matin en jouant ou en marchant dans son lit. Le fait de le prendre dans les bras ou de s'occuper de lui ne l'empêche pas de ruminer.

La même infirmière que pour les deux enfants mérycoles précédents est chargée de s'occuper de lui.

Au début, l'enfant reste triste et indifférent, il ne semble pas s'attacher à une personne plus qu'à une autre et pourtant il vomit moins si l'infirmière s'occupe davantage de lui. Lorsqu'elle le quitte, il grogne et pleurniche faiblement.

Pendant les repas il mange avec beaucoup d'appétit.

Parfois il vomit même au milieu des repas.

Si on ne l'aide pas à manger, un rejet alimentaire abondant et brutal survient après un mouvement bruyant de la gorge. Il recrache dès les quelques minutes qui suivent les repas. Souvent il mordille alors le dos de sa main ou la barre de son lit.

Quand il recrache, il a le regard vague et semble être dans un état de rêverie. Il reprend avec sa main ce qui vient d'être vomi et le remâchonne plusieurs fois ensuite.

Si on ne le lave pas constamment, une odeur désagréable de "vomi" entoure Stéphane et la personne qui le porte est souvent aspergée brutalement par ses vomissements.

Lors des visites de sa mère, Stéphane est grognon et pleurniche lorsqu'elle le prend dans ses bras.

Celle-ci est très inquiète de son état. Elle a toujours peur d'être aspergée par ses vomissements et le tient assez loin d'elle dans ses bras.

Elle a parfois une attitude franchement hostile à son égard et répète qu'elle ne comprend pas "pourquoi il lui fait ça".

Le 8.I2.69 un radio-cinéma est pratiqué.

L'examen met en évidence un reflux gastro-œsophagien facile avec béance du cardia mais sans malposition cardiotubérositaire.

En outre il a été observé en fin d'examen, lorsque l'enfant était calme et détendu, des vomissements actifs en même temps que l'enfant suce son pouce.

Il existe donc chez cet enfant à la fois un reflux passif par insuffisance du cardia et un vomissement volontaire type mérycisme. Le Dr Fauré ajoute qu'il n'existe aucune anomalie de l'estomac, du pylore ni du duodénum.

Dans la salle l'état de Stéphane s'améliore progressivement.

Au bout de trois semaines, il semble beaucoup plus éveillé, moins indifférent.

Il s'attache aux personnes et reconnaît les visages.

Le 19.I2.69 un test psychologique (Brunet-Lézine) est pratiqué. A douze mois et demi Stéphane a un développement psycho-moteur d'environ onze mois.

En fait, quand on examine les résultats aux différentes épreuves, on s'aperçoit que son retard se situe sur le plan du langage. Ainsi il échoue aux épreuves de neuf mois :

- "dit un mot de 2 syllabes"
- "réagit à certains sons familiers"

et à l'épreuve de dix mois :

- "répète un son entendu"

mais il comprend une défense (dix mois) et donne sur ordre ou geste (douze mois).

Parce que sa famille doit déménager en Bretagne et sur la demande de la mère, la sortie de Stéphane est décidée pour le 21 décembre 1969.

Il pèse 7.000 grammes : il a perdu 350 grammes du 17 au 21 décembre et a une petite infection rhinopharyngée.

XV gouttes x 4 par jour de Primpéran, 1 cg x 3 par jour de Gardénal et 0,50 g de Terramycine pendant onze jours sont prescrits.

LA MERE :

La mère de Stéphane est venue le voir régulièrement pendant son hospitalisation. Elle a eu de nombreux entretiens avec Mme Daymas, médecin psychanalyste du service.

Mme L...se présente d'emblée très dépressive. Elle a maigri de 10 kg depuis deux mois, pleure souvent au cours des entretiens, dit qu'elle est malheureuse. Elle a été très inquiète pendant la maladie de Bruno et maintenant elle ne comprend pas ce qui se passe pour Stéphane. Elle lui en veut beaucoup et se sent mise en cause par la nature de sa maladie : "on me dit que c'est psychologique".

Actuellement elle est "à bout" et a une importante demande de soutien. On la sent très immature et très dépendante. Elle regrette sa Bretagne natale qu'elle a quittée depuis quatre ans à cause du travail de son mari, cheminot roulant. Loin de ses parents elle se sent très isolée. Elle leur a confié sa petite fille de deux ans Valérie et espère rentrer à Brest où elle "aura" ses parents.

Elle n'a pas d'amis à Paris. A la naissance de son aîné elle a arrêté son travail d'employée de maison et elle est au foyer où elle s'occupe d'Eric cinq ans, Bruno quatre ans, Valérie deux ans étant depuis deux mois chez ses grands-parents maternels et de Stéphane un an, quatrième enfant de cette fratrie. Il y a eu deux fausses couches entre les trois premières naissances.

.../.

Mme L...ne désirait pas aussi rapidement quatre enfants. Le quatrième n'a pas été accepté, sa grossesse a été très mal supportée et la maladie de Bruno n'a fait qu'aggraver sa fatigue et ses soucis. Elle est tout à fait dépassée par ses problèmes d'autant plus que la mésentente conjugale est profonde.

Elle parle des soucis que lui donne son mari avec beaucoup de résignation et une grande passivité. Son mari, trente et un ans, est un éthylique violent, très jaloux et très exigeant à l'égard de sa femme. Les disputes sont fréquentes, les colères de son mari sont bruyantes. Il ne s'occupe pratiquement pas de ses enfants -il préfère cependant l'aîné- et les frappe.

Aussi n'est-il pas un soutien pour Mme L...qui doit faire face seule à tous les soucis de la famille.

Aucun des enfants n'a été désiré et Mme L...n'a utilisé aucun moyen contraceptif. Son mari ne s'occupait pas de ce problème. La hantise de la grossesse n'a pas favorisé l'entente physique du couple et actuellement ils ont très peu de relations sexuelles.

Le mari lors d'un entretien a nié tout problème en parlant de la bonne entente du couple.

Depuis le début de sa dernière grossesse, Mme L...est très déprimée, irritable, hyperémotive. La maladie de Stéphane a aggravé sensiblement cet état dépressif.

Elle demande à être constamment rassurée sur l'avenir et a très peur que Stéphane continue à régurgiter. Elle veut reprendre rapidement son enfant et retourner en Bretagne.

EVOLUTION

A la sortie de Stéphane, un placement en nourrice est envisagé. Mme L...est très réticente.

.../.

L'hospitalisation en clinique psychiatrique pour syndrome dépressif de Mme L... le dix huit février le rend nécessaire. Stéphane est placé chez une nourrice ayant d'autres enfants de différents âges. Une lettre de l'assistante sociale de la S.N.C.F. qui s'en occupe, décrit le milieu familial comme étant "très uni, simple et équilibré". La nourrice est une personne très chaleureuse dont l'attitude est sûrement sécurisante. Stéphane garde tous les repas, il fait de gros progrès sur le plan psycho-moteur et son comportement s'est nettement amélioré. Il est beaucoup moins coléreux. Ce placement doit durer jusqu'au début mai, date de retour de Mme L... au foyer. La famille L... a obtenu sa mutation à Morlaix ; le déménagement ne saurait tarder".

Stéphane semble avoir renoncé à son mérycisme mais l'avenir réside bien sûr dans la relation qui pourra s'établir entre Mme L... et Stéphane à leur retour à tous deux au foyer.

COMMENTAIRES DES TROIS CAS DE MERYCISME

A partir de l'étude de ces trois observations, nous allons essayer de cerner le mérycisme dans l'ensemble de ses symptômes et de l'anamnèse maternelle (en comparaison avec les travaux étrangers et français), dans ses rapports avec les autres troubles psycho-somatiques, et dans son évolution future (dans l'avenir proche avec les résultats obtenus par le traitement et dans l'avenir lointain).

SYMPTOMES DE L'ENFANT ET ANAMNESE MATERNELLE :

Le mérycisme est constitué par un ensemble de symptômes chez le nourrisson, qui se situent par rapport à l'anamnèse maternelle dans le contexte d'une manière d'être particulière de la mère.

L'enfant

Le mérycisme réalise un trouble psycho-somatique exprimé dans la sphère orale.

Il s'accompagne d'autres symptômes oraux : la succion du pouce, le fait de mettre un doigt dans sa bouche pour provoquer un vomissement, le mordillement d'objets, et l'avidité que témoigne le nourrisson lors des repas.

Le mérycisme est aussi un acte auto-érotique comme l'indique le comportement rêveur, absent, du mérycole pendant sa rumination.

Les auteurs américains ont beaucoup insisté sur les symptômes auto-érotiques associés : tripotage des cheveux, roulement, balancement de la tête, jeux fécaux, sexuels. Tous sont en eux-mêmes banaux chez le nourrisson de cet âge et n'ont pas été particulièrement remarqué dans les trois cas étudiés.

.../.

Il est important pour la compréhension du mécanisme psycho-pathologique de saisir ce qui se passe dans le contact du nourrisson avec le monde extérieur.

Tout se passe comme si le nourrisson était forcé de se contenter de satisfactions auto-érotiques, sa mère n'apportant pas de réponse- ou plus exactement une réponse qualitativement imparfaite- à sa demande affective et étant incapable de satisfaire ses pulsions.

La mère réduit les échanges avec son enfant et le laisse "livré à lui-même".

Il n'existe pas chez le nourrisson un refus de contact mais bien au contraire une grande avidité de contact qui lui permet de renoncer facilement et rapidement à son symptôme.

En même temps qu'y renonçant, il établit avec celle qui lui sert de mère une relation gratifiante, on assiste à des progrès rapides sur le plan psycho-moteur ; en effet la régression accompagne le mérycisme puisque la relation mère-enfant de mauvaise qualité ne permet pas des acquisitions nouvelles dans de bonnes conditions.

L'élaboration du langage souffre particulièrement de cette carence dans la relation de la mère avec l'enfant comme le montre l'étude détaillée du test Brunet-Lézine chez le deuxième enfant.

La mère

L'étude de l'anamnèse des trois mères de ces mérycoles nous permet une meilleure compréhension des causes de cette carence affective.

Deux de ces mères ont souffert d'une carence affective maternelle importante, ce sont deux mères célibataires de vingt et vingt quatre ans.

La troisième est une jeune femme de vingt quatre ans, mère de quatre enfants, qui souffre d'une mésentente conjugale profonde.

Toutes les trois sont hostiles et agressives à l'égard de l'homme.

La troisième est une personnalité émotive, très immature et très dépendante ; c'est ainsi que les auteurs américains décrivent beaucoup de mères de mérycoles. Elles sont souvent déprimées, et dans ce cas précisément la mère a du être hospitalisée en milieu psychiatrique pour un syndrome dépressif.

Les auteurs américains rapportent de nombreux cas de mères obsessionnelles. Aucune de ces trois mères n'est vraiment obsessionnelle (la dernière a seulement reconnu un goût du rangement).

Elles ont en commun l'impossibilité de donner à leur enfant la sécurité qu'elles n'ont pas elles-mêmes. Alors qu'elles sont accaparées par les soucis matériels, éprouvées par leur condition sociale (mères célibataires), dépassées par la difficulté à résoudre leurs propres problèmes, la naissance aggrave encore leur insécurité et entraîne une hostilité plus ou moins inconsciente envers le bébé.

Elles ne peuvent pas être à l'écoute de leur enfant. Au lieu d'un milieu riche en sensations et en stimulations, c'est dans un climat de vide affectif que vit l'enfant.

Il ne s'agit donc pas d'un véritable rejet, mais d'une impossibilité, d'une incapacité- qui peuvent être temporaires- de prise en charge de la maternité. Tout cela se traduit par une certaine manière d'être de la mère ; froide, distante, peu chaleureuse dans ses gestes et dans sa voix.

Les conditions extérieures du milieu jouent un rôle plus ou moins important sur la structure mentale de la mère.

Dans la deuxième observation ces difficultés ont pu être surmontées et la mère a pu résoudre ses propres problèmes.

.../.



RAPPORTS DU MERYCISME AVEC LES AUTRES TROUBLES PSYCHO-SOMATIQUES DU MEME AGE :

On peut situer ainsi le mérycisme par rapport aux troubles psycho-somatiques qui surviennent au cours du deuxième semestre de la vie.

Le mérycisme se différencie par sa rumination -et le plaisir évident qu'elle procure- des vomissements habituels banaux ou anorexiques, et s'oppose à l'anorexie nerveuse, le mérycole étant boulimique.

Il est intéressant d'étudier la façon dont le mérycisme se constitue par rapport aux vomissements banaux comme s'il se construisait à partir de ceux-ci.

Dans les trois observations, des vomissements et des régurgitations surviennent au cours du premier trimestre de la vie : dès la naissance (cas n°2), après le passage à l'allaitement artificiel à deux mois (cas n°3), à trois mois (cas n° I).

Le mérycisme n'apparaît qu'ensuite, au cours du deuxième semestre de la vie, comme s'il était la suite des efforts antérieurs de régurgitations dans une sorte d'auto-apprentissage : à six mois (cas n°I), à sept-huit mois (cas n°2), à neuf mois (cas n° 3).

En fait l'étude des autres troubles psycho-somatiques de cet âge nous montre que tant l'anorexie nerveuse, les vomissements psychiques que le mérycisme, surviennent à la suite d'une carence qualitative dans la relation de la mère avec l'enfant.

S'y oppose le tableau de véritable dépression qu'a décrit Spitz, comme dans l'hospitalisme, qui survient après le manque réel de la mère, la perte de celle-ci.

EVOLUTION

La guérison est obtenue dans les trois cas vers quatorze mois environ.

.../.

Si l'on insiste sur la génèse psychologique du mérycisme, il importe d'abord de ne pas négliger ses conséquences somatiques.

Traitement somatique :

Le mérycole se présente comme un enfant hypotrophique, voire très dénutri et déshydraté, chez lequel il peut être nécessaire de rétablir l'équilibre hydro-électrolytique, parfois par des perfusions.

Les gestes d'urgence étant faits, un régime corrigeant les carences nutritionnelles sera institué.

En dehors de cela, l'intérêt des médicaments est minime. La prescription de Prim peran dans le but de réduire nausées et vomissements n'a pas de contre-indication et est quasi-systématique.

Le Largactil à doses modérées (0,5 à 1 mg/kg/jr) peut être utilisé comme sédatif et anti-émétique. Du Melleril (1 à 2 mg/kg/jr) est souvent prescrit pour son effet sédatif associé à une action équilibrante psycho-motrice.

Méthodes palliatives :

L'étude approfondie du mérycisme met en évidence chez le nourrisson l'insatisfaction orale que le symptôme tente de pallier.

Dans le même but, on peut utiliser des procédés tels que tétines peu percées, repas plus nombreux, aliments à la portée de l'enfant.

Le maternage

Au terme de l'étude du mérycisme, c'est l'état de carence affective dans lequel se trouve le nourrisson qui s'impose rapidement à l'origine du trouble.

Ainsi le traitement réside principalement dans le maternage. Celui-ci est assuré dans un service d'enfants par des puéricultrices ou des infirmières capables d'assumer avec chaleur un rôle maternel.

Mais il faut pouvoir aller plus loin et établir avec la mère un contact thérapeutique, possible dans le cadre d'un service de pédopsychiatrie.

Entretiens psychothérapiques avec la mère :

La prise en charge de la mère sur le plan psychologique, si elle est souhaitable, est difficile à réaliser à cause de la réticence de la mère, et le fait d'être suivie dans le même cadre hospitalier où est traité son enfant augmente dans un premier temps sa culpabilité.

Cependant des entretiens psychothérapiques réguliers au cours desquels le thérapeute laisse parler la mère, vont lui permettre de s'exprimer et de prendre conscience de ce qui se passe entre elle et son enfant.

Ainsi peut-on l'aider à surmonter ses problèmes, et à s'accepter et se réaliser en tant que mère.

L'évolution future :

Une fois la guérison du mérycisme assurée, pèse encore sur l'évolution future le risque que le développement ultérieur de la personnalité soit perturbé; pour deux raisons concomitantes.

D'une part, parce que l'expérience pathologique s'est inscrite dans une période importante de l'organisation psychique, et d'autre part à cause de la persistance possible d'une action pathogène d'une mère qui pérennise le déséquilibre du couple mère-enfant.

Alors que le rôle du premier facteur ne peut être démontré qu'avec le recul du temps par des psychothérapies et des analyses d'anciens mérycoles, le rôle du second facteur est clairement mis en évidence dans les trois cas décrits.

Dans le premier cas, après le mérycisme, s'installent chez l'enfant des troubles du caractère -enfant agité, coléreux, agressif, renfermé et mutique- la mère ne parvenant pas à dépasser ses conflits ni à établir avec son enfant une relation gratifiante pour tous les deux.

.../

Dans le second cas, la mère ayant réussi à liquider ses problèmes, c'est dans l'épanouissement de la relation de la mère avec son enfant que se poursuit le développement de la personnalité de l'enfant.

Dans le troisième cas, le syndrome dépressif de la mère rend momentanément impossible toute participation de sa part. Ainsi est mise en évidence la difficulté non pas d'assurer un bon maternage au cours de l'hospitalisation mais d'aider la vraie mère à établir avec son enfant une relation durable et de bonne qualité.

Au terme de ces commentaires nous débouchons sur l'étude de la relation mère-enfant pour tenter de comprendre comment sa perturbation entraîne un mérycisme et pourquoi précisément un mérycisme.

LA RELATION MERE-ENFANT

Au sein du couple symbiotique mère-enfant, d'une part le nourrisson agit sur la mère en modifiant son affectivité, d'autre part une perturbation, une carence dans la relation de la mère avec l'enfant retentit rapidement sur le comportement du nourrisson chez lequel existe une interaction permanente entre le développement sensitivo-moteur et l'organisation de l'affectivité.

Ainsi les études de la relation mère-enfant et des troubles psychosomatiques sont-elles indissociables.

Pour des raisons différentes, les mères des mérycoles ne peuvent apporter à leur enfant ni la sécurité, ni la "nourriture" affective nécessaire à un développement psycho-moteur normal.

Dans le vécu maternel, la grossesse et l'accouchement jouent un rôle important et déterminant pour le comportement ultérieur de la mère. Tout le passé de la jeune femme en tant qu'enfant, jeune fille, femme, ses relations établies avec ses propres parents, celles établies avec le père de son enfant conditionnent la façon dont elle assume la maternité.

Le rejet plus ou moins inconscient de l'enfant entraîne chez la mère une culpabilité et une angoisse qui se manifestent à travers les soins qu'elle donne, même si en apparence elle les prodigue.

Ainsi l'anxiété de la mère, son insatisfaction plus ou moins inconsciente, s'expriment à travers ses gestes, ses attitudes et entraînent chez le nourrisson des troubles psycho-somatiques.

S'il est facile dans la plupart des cas de rattacher le trouble à une manière d'être particulière de la mère, il est plus difficile de saisir pourquoi telle attitude maternelle entraîne tel trouble psycho-somatique -et précisément un mérycisme-

Au cours du deuxième semestre de la vie :

Chaque symptôme apparaît volontiers à un âge précis; le mérycisme survient classiquement entre six et huit mois, on peut élargir les limites selon les auteurs jusqu'à trois et quinze mois.

Pourquoi à cet âge ?

Il est certain que le mérycisme témoigne d'une part une certaine maîtrise de la motricité (du diaphragme, des muscles pharyngés et respiratoires) et d'autre part un repliement au moment de l'acquisition du sentiment de soi et de l'autre (vers le sixième mois le nourrisson reconnaît sa mère comme un objet distinct de lui).

En période orale :

Le mérycisme du nourrisson se situe en pleine période orale.

L'impossibilité de satisfaire ses pulsions orales dans la relation avec la mère entraîne l'installation d'une activité auto-érotique.

A la différence de ce qui se passe dans l'anorexie nerveuse du deuxième semestre, l'enfant au lieu de se contraindre à refouler ses pulsions, s'y abandonne au moyen de l'acte méryciste.

Ce repliement sur lui-même ne peut qu'aboutir à la régression sur le plan psycho-moteur, et à l'impasse affective.

.../.

A cette impasse du mérycisme, le nourrisson renonce facilement avec une bonne mère, c'est redire l'importance à cette période de la vie, de la relation de la mère avec l'enfant laquelle est nécessaire pour un développement psycho-moteur normal et une solide élaboration du Moi.

Le mérycole est un garçon :

Le mérycole est presque toujours un garçon (sauf en institution). Ce fait est remarquable mais son explication par l'hostilité de la mère à l'égard de l'homme, avec désir de castration, semble insuffisante.

Sans doute existe-t-il un lien mère-fils différent du lien mère-fille et dont la compréhension est encore obscure.

Il reste bien des questions sans réponse mais la compréhension de ce trouble psycho-somatique rare et particulièrement intéressant -le mérycisme- souligne l'importance du maternage et éclaire l'étude de la fonction vitale qu'est la relation mère-enfant dans les premières années de la vie.

CONCLUSION

Nous avons étudié trois cas de mérycisme; notre étude a porté sur une durée allant de plusieurs mois à plusieurs années, notre souci principal étant de prolonger autant que possible notre observation.

On retrouvait chez ces trois enfants le tableau clinique habituel du mérycisme :

- au cours du second semestre de la vie.
- régurgitations suivies de rumination débutant après chaque repas.
- symptômes oraux associés : succion du pouce, doigt dans la bouche pour provoquer un vomissement, mordillement d'objets, grande avidité lors des repas.
- dénutrition, conséquence du rejet partiel des aliments, mise en évidence par l'examen somatique.
- régression sur le plan psycho-moteur, démontrée par les tests psychologiques.

Chez ces trois enfants la preuve radiologique du mérycisme a été faite.

Leur comportement à tous trois était frappant :

- pendant la rumination ; regard vague, air rêveur, absent.
- en dehors de l'acte méryciste ; indifférence, tristesse, apathie.
- ce comportement à l'entrée contrastait avec une grande avidité de contact que le maternage permettait de satisfaire.

Nous avons porté une attention particulière à l'anamnèse maternelle.

.../.

- deux mères étaient des mères célibataires et avaient souffert d'une carence affective maternelle.

- une mère dont c'était la sixième grossesse en cinq ans, était en profonde mésentente avec son mari.

et à la structure mentale de la mère :

- deux mères se présentaient comme des femmes froides, distantes à l'égard de leur enfant, mais non franchement pathologiques au sens psychiatrique du terme, dépassées par leurs problèmes et démunies en face de leur enfant.

- la troisième mère était une personnalité très immature, déprimée, qui devait être hospitalisée en milieu psychiatrique pour syndrome dépressif.

Nous avons été ainsi amenés à étudier sur le plan de la pathogénie du mérycisme la relation mère-enfant :

- carence qualitative du maternage aboutissant à l'insatisfaction du nourrisson en période orale.

Le mérycisme permet à l'enfant de satisfaire ses pulsions orales pendant la rumination mais aboutit à une impasse qui empêche un développement psycho-moteur et affectif normal.

BIBLIOGRAPHIE

- ALARY R. - Hoquet et mérycisme en pratique gastro-entérologique courante.
J. Méd. Lyon, 20 Juin 1969, n° 1167 (spécial) ; 1005-1011
- AUBRY J., DALLOZ J.C., LAJEUNESSE B.S., et BEAUREPAIRE - Le mérycisme
Arch.Franc.péd., nov.1964, 21, n° 9; 1097-1105.
- BERNARD A. - Sur le mécanisme de la rumination : rôle de l'aspiration
thoracique. Arch. Mal. App. Dig., juin 1955, 44, n° 6 ; 780-785.
- BRASK B.H. - Rumination illuminated from a pediatric psychiatric point of
view, Acta paediat. (Uppsala), 1958, 47 ; 473-474.
- BROCKBAND E.M. - Merycism or rumination in man. Brit. Med., 1907, J1 ; 421-427.
- BROWN W.R.- Rumination in adult : study of two cases. Gastro enterology,
mai 1968, 54 ; 933-939.
- CAMERON H.C. - Forms of vomiting in infancy, Brit. M.J., 1925, 3358 ; 372-376.
- CLARK F.H. - Rumination : a case report. Arch. Pediat., 1956, 73 ; 12-19.
- DAMBASSIS J.N. - The tendency to rumination. Amer. Practit., 1949, 3 ;
309-313.- Amer. J. Dig.Dis., 1950, 17 ; 159-161.
- DE PEYER J.C. - Merycologia Basilae, 1685.
- DOAZAN - Les mérycistes. Gaz.Hôp. 20 juillet 1954, 126, n° 20 ; 533-534.
- EINHORN M. - Rumination in man. Med. Rec., 1890, 37 ; 554-558.
- FABRICIUS AB AQUAPENDENTE - Tractatus de gula, ventriculo et intestinis,
Padua, 1618.
- FAREZ P. - Un méryciste avaleur de grenouilles - Thèse 1912.
- FAREZ P. et CHARLIER - Un nouveau méryciste avaleur de poissons, de billets
de banque, pétrole etc... Méd. Internat, 1921, n°9 ; 334-337.
- FULLERTON D.T. - Infantile rumination. A case report. Arch. Gen. Psychiat.,
1963, 9 ; 593-600.
- GADDINI R. and E. GADDINI - Rumination in infancy, 1959, 166-185.
- GEFFEN N. - Rumination in man. Report of a case. Am. J. Dig. Dis., déc.1966,
11, n° 12 ; 963-972.
- GRYBOSKI J.D., W.R. THAYER, and H.M. SPIRO- Esophageal motility in infants
and children - Pediatrics, 1963, 31 ; 382-395.
- KANNER L. - Historical notes on rumination in man. Méd. Life, 1936, 43 ;
27-72
- KOLLMANN G. - Die Actiologie Klinik and Röntgenologie der Rumination.
Arch. Verd., 1925, 35-34.

.../.

- KREISLER L. et MUGNIER A. - Le mérycisme en stomatologie infantile. Rev. Stomat., sept 1966, 67, n° 9 ; 496-500
- KREISLER L. - Le mérycisme chez le nourrisson. Journées Parisiennes de Pédiatrie, 1967.
- LEGRE M. et SALDUCCI J. - Un nouveau cas de mérycisme. Présentation d'un film cinémathographique. Arch. Mal. App. Dig. sept 1965, 54, n° 9.
- LONG C.F. - Rumination in man. Am. J. Méd. Sci., 1929, 178 ; 814-822.
- LOURIE R.S. - Expérience with therapy of psychosomatic problems in infants, in psychopathology of children, 1955, Hoch.P. and Zubin editors, New-York, Grune, 254.
- Mc NALLY E.F., J.E. KELLY, J.C. and F.J. INGELFINGER - Mechanism of belching. Effects of gastric distension with air. Gastro ent., 1964, 46 ; 254-259.
- MONGE H., MONGE A. et COIGNET J. - Etude d'un cas de mérycisme. Arch. Mal. App. Dig. avril 1959, 48, n° 4 ; 364-374.
- MONGE J., HUGUET J. et SILVAN P. - Une observation d'homme "jet d'eau". Rev. Méd. France et colonies, 1925, 2 ; 552-563.
- MONGE H., MONGE A. et LEGRE M. - Etude radiocinématographique d'un nouveau cas de mérycisme. Arch. Mal. App. Dig. Juillet-août, 1960, 49, n° 7-8 ; 961-969.
- MONGE H., MONGE A., et LEGRE M. - Sur le mérycisme. Gaz. Med. France, 25 nov. 1961, 68, n° 22 ; 2655-2666.
- MÜLLER L.R. - Bericht über eine Wieder Käiner Familie Münch, Med. Wschr., 1902, II, 1293-1296.
- NEMOURS-AUGUSTE M. - Remarques cliniques et radiologiques sur 9 cas de mérycisme - Arch. Mal. App. Dig., juin 1953, 42, n° 6 ; 833-836 - Sem. Hôp. Paris 22 déc. 1953, 29, n° 78 ; 4139-4143.
- PRUGH D.G. - Psychological and psychophysiological aspects of oral activities in childhood. Pediat. Clin. N. Amer., 1956, 3 : 1049-1072.
- RICHMOND J.B., E. EDDY, and M. GREEN - Rumination : a psychosomatic syndrome of infancy. Pédiatries, juil. 1958, 22, n° 1 ; 49-55.
- ROUX J.C. et MOUTIER F. - Constatations radiologiques dans les régurgitations et le mérycisme. Arch. Mal. App. Dig. 1923, 13 ; 165-181
- RUNGE E.C. - Three cases of hereditary rumination - Boston Med. Surg. J., 1895, 132 ; 515-516.
- SAINT-PIERRE A. et SALDUCCI J. - A propos d'un cas de mérycisme. Présentation d'un document de travail. Arch. Mal. App. Dig., sept. 1965, 54, n° 9 ; 969-970.

- SILVAN P. - Le mérycisme vrai. Thèse Montpellier 1926.
- SINKLER W. - Rumination in man. JAMA, 1898, 30 ; 834- 837.
- SOULE M. - Le mérycisme du nourrisson. Rev. Franç. Psychanal., sept-déc.1966, 30, n° 5-6 ; 735-748.
- SPITZ R.A. - "Anaclitic depression " in the psychoanalytic study of child. New-York I.U.P., 1946.
- STEIN M.L., RAUSEN A.R., and BLAIR A. - Psychotherapy of an infant with rumination. J. Amer.Med. Ass., 1959, 171 ; 2309-2312.
- WILLIAMS C.G. - Rumination in a bantu baby S. Afr. Med. J., 1955, 29 : 692-695.
- WINSHIP D.H., F.F. ZBORALSKY, W.N. WEBER, and K.H. SOERGEL - Esophagus in rumination. Amer. J. Physiol., 1964, 207 ; 1189-1194.
- Rumen et rumination - Gaz. Hôp. 10, 20 et 31 juillet 1967, 139, 19-20.21, 1030.

